



## Objet du formulaire

Le présent formulaire est utilisé pour le dépôt des demandes liées à l'accessibilité. Les renseignements recueillis aident l'Office des transports du Canada à déterminer si un handicap est un facteur dans une demande.

## Éléments dont l'Office tient compte pour déterminer s'il existe ou non un handicap

Un handicap est une déficience dont l'interaction avec un obstacle nuit à la participation pleine et égale d'une personne dans la société.

Une déficience peut être :

- physique
- mentale
- intellectuelle
- cognitive
- sensorielle
- un trouble d'apprentissage
- un trouble de la communication
- une limitation fonctionnelle.

La déficience ou la limitation peut être de nature permanente, temporaire ou épisodique.

Dans certains cas, le handicap d'une personne est manifeste; p. ex., paraplégie ou cécité.

Dans d'autres cas, il ne l'est pas.

La personne qui dépose une demande (ci-après le demandeur) peut être tenue de fournir des preuves, notamment des documents d'un professionnel de la santé ayant des compétences pertinentes.

## Respect de la vie privée

Nous devons rendre accessibles au public tous les renseignements déposés dans le cadre d'une demande ou soumis en vue du règlement formel d'un différend, à moins qu'une requête de confidentialité soit présentée à l'Office et qu'il l'ait acceptée. Le règlement formel d'un différend, ou processus décisionnel formel, est le processus consistant à examiner les éléments de preuve déposés dans le cadre d'une demande et à rendre une décision exécutoire.

Avant de soumettre des documents à l'Office, les demandeurs doivent en retirer les renseignements qui ne sont pas utiles pour leur cas et qu'ils ne souhaitent pas voir publiés. Il peut s'agir de renseignements personnels sensibles tels que:

- les numéros d'assurance sociale;
- les renseignements figurant dans les passeports;
- les renseignements relatifs aux cartes de crédit;
- les numéros de programmes de fidélisation;
- les NIP ou les codes d'accès en ligne.

À l'occasion, il sera nécessaire de soumettre à l'Office des renseignements sensibles comme des renseignements médicaux. Vous pouvez protéger ces renseignements en déposant une requête de confidentialité et en fournissant :

1. une version publique du document dans laquelle les renseignements confidentiels auront été masqués;



2. une version complète du document, portant la mention « Confidentiel » en haut de chaque page;
3. une justification de la requête de confidentialité.

Nous déterminerons si les renseignements ont un rapport direct avec le différend et si leur divulgation causerait un préjudice direct précis. Si c'est le cas, les renseignements en question demeureront confidentiels. Autrement, ils seront accessibles au public.

Remarque : S'il est démontré que le fait d'établir publiquement un lien entre votre identité et votre handicap est susceptible de causer un préjudice direct précis, nous pourrions accéder à une demande d'anonymisation.

Toute partie peut déposer une requête de confidentialité en ce qui concerne ses renseignements personnels, les renseignements personnels de l'autre partie à l'instance ou ceux de toute autre personne. Les personnes morales doivent respecter toutes les obligations statutaires applicables liées à la protection des renseignements personnels des particuliers.

## Pour en savoir plus

Pour en savoir plus sur le processus décisionnel formel, veuillez consulter la page [Règlement des différends relatifs au transport fédéral](#).

Pour en savoir plus sur l'Office des transports du Canada, veuillez consulter notre site Web : [otc-cta.gc.ca](http://otc-cta.gc.ca).

## Instructions

Les deux parties du présent formulaire doivent être soumises :

- **Partie A: Renseignements personnels**  
(to be completed by the applicant)
- **Partie B: Renseignements médicaux**  
(à remplir par le médecin ou professionnel de la santé)

Le formulaire peut être rempli et signé électroniquement, puis envoyé :

- **par courriel :**  
[secretariat@otc-cta.gc.ca](mailto:secretariat@otc-cta.gc.ca)
- **par télécopieur :**  
819-997-6727

Il est aussi possible d'imprimer le formulaire, puis de le remplir, de le signer et de l'envoyer :

- **par la poste :**  
À l'attention du secrétaire de l'Office  
Office des transports du Canada  
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0N9
- **par service de messagerie :**  
À l'attention du secrétaire de l'Office  
Office des transports du Canada  
15, rue Eddy,  
Gatineau (Québec) Canada J8X 4B3

**Remarque : Les demandeurs doivent conserver une copie du formulaire pour leurs dossiers.**



## Partie A : Renseignements personnels

### À remplir par le demandeur

(c.-à-d. la personne qui dépose une demande contre un fournisseur de services de transport)

Nom du demandeur (obligatoire)

Handicap dont il est question dans la demande déposée auprès de l'Office (obligatoire)

Signature du demandeur (obligatoire)

Date (jj/mm/aaaa) (obligatoire)



## Partie B : Renseignements médicaux

À remplir par le professionnel de la santé ou le médecin du demandeur

Prénom et nom de famille du demandeur (obligatoire)

### Section 1 : Déficiences ou limitations fonctionnelles

Sélectionnez et décrivez en détail le type de déficiences ou de limitations fonctionnelles du demandeur.

Il est possible de faire référence à des outils de diagnostic acceptés comme la publication CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) de l'Organisation mondiale de la santé ou au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V).

**Type de déficience** (sélectionnez toutes les déficiences applicables)

- Déficience physique (p. ex., mobilité, obésité, trouble respiratoire, allergies)
- Déficience mentale
- Déficience intellectuelle
- Déficience cognitive ou trouble d'apprentissage
- Trouble de la communication
- Déficience sensorielle (p. ex., déficience visuelle ou auditive)

**Décrivez la déficience ou les déficiences** (obligatoire)

**Limitation fonctionnelle** (obligatoire)

Dans certains cas, la participation d'une personne (lors de déplacements) peut être restreinte en raison d'une limitation fonctionnelle sans cause médicale sous-jacente. Si c'est le cas, veuillez décrire la limitation fonctionnelle de la personne.



## Section 2 : Symptômes

Décrivez les symptômes associés aux déficiences ou aux limitations fonctionnelles du demandeur décrites dans la section 1.

<b>Déficience ou limitation fonctionnelle :</b>	
<b>Symptômes :</b>	
<b>Sévérité</b> (légers, modérés, sévères, ou autre) :	<b>Durée :</b>
<b>Médicaments ou interventions médicales nécessaires pour traiter les symptômes :</b>	

<b>Déficience ou limitation fonctionnelle :</b>	
<b>Symptômes :</b>	
<b>Sévérité</b> (légers, modérés, sévères, ou autre) :	<b>Durée :</b>
<b>Medication(s)/medical Interventions required to address symptoms:</b>	



<b>Déficience ou limitation fonctionnelle :</b>	
<b>Symptômes :</b>	
<b>Sévérité</b> (légers, modérés, sévères, ou autre) :	<b>Durée :</b>
<b>Médicaments ou interventions médicales nécessaires pour traiter les symptômes :</b>	

### **Mesures requises pour permettre au demandeur de voyager**

Décrivez la manière dont sont gérées les déficiences ou les limitations fonctionnelles du demandeur dans sa vie de tous les jours (p. ex. évitement, prise de médicaments, etc.) et les mesures particulières qui pourraient être nécessaires pour permettre au demandeur de voyager.



### Section 3: Coordonnées du médecin ou du professionnel de la santé

Prénom (obligatoire)

Nom de famille (obligatoire)

Cabinet ou organisation (obligatoire)

Adresse (obligatoire)

Ville (obligatoire)

Province (obligatoire) Code postal (obligatoire)

Courriel (obligatoire)

Téléphone (obligatoire)

Cellulaire

Télécopieur

Signature de médecin ou du professionnel  
de la santé (obligatoire)

Date (jj/mm/aaaa) (obligatoire)

